

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Proporcionar el número de seguro social es voluntario. Si no proporciona su número de seguro social se podría retrasar el proceso de su información.

Individuo a quien pertenece el registro

Nombre	Número Seguro Social (SSN)	Fecha Nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Persona u Organización a quien se puede entregar la información

Nombre	Organización		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Nombre y dirección de la agencia de ayuda de menores autorizada para divulgar la información

Nombre	Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal	

Registros específicos autorizados para divulgar (incluya fecha de los registros, si la tiene)

Información de caso que puede divulgar la agencia de ayuda de menores al individuo.

Nota: Reglamentos del Servicio de Impuestos Internos prohíbe divulgar información de IRS a cualquier persona que no sea alguna de las partes involucradas. Si la información en cuestión fue inicialmente del IRS, no puede proporcionarse.

Información proporcionada en este formulario (incluyendo cualquier anexo) se puede compartir con otros sólo con el propósito de administración del programa de mantenimiento de menores y otros programas relacionados [Wis. statutes, s. 49.83].

Propósito o necesidad para Divulgación de Información (anote en forma específica)

Yo entiendo que se puede anular esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto cuando la información ya haya sido divulgada como resultado de esta autorización. A menos que se anule, esta autorización queda en vigencia hasta la fecha de vencimiento que yo he indicado y firmado abajo.

- Autorización vence el día _____ (Fecha)
- Autorización vence _____ meses de la fecha en que yo firmo esta autorización.
- Autorización vence después de tomar la siguiente medida:

Yo entiendo que si estoy protegida/o por una orden restringente o que si tengo razón para creer que puedo sufrir daño emocional o físico, tengo derecho a pedir que la información sobre mi domicilio no se entregue a nadie incluyendo otros en mi caso legal. Por este documento yo libero de responsabilidad al Departamento de "Workforce Development" y a sus designados nombrados arriba por divulgar cualquier información autorizada bajo este acuerdo.

Como evidencia, firmo abajo y autorizo por este documento divulgar los registros a la(s) persona(s) o agencia(s) especificadas abajo.

Firma del individuo nombrado como sujeto del registro	Firma de testigo, si se necesita	Fecha Firma
Firma de otra persona legalmente autorizada para consentir divulgación (si se necesita)	Título o relación con el individuo que es sujeto del Registro	Fecha Firma

Re: 95 CFR 303.21

DWD es un empleador y proveedor de servicios que garantiza la igualdad de oportunidades. Si usted tiene alguna incapacidad y necesita tener acceso a esta información en un formato alternativo o necesita la traducción de esta información a otro idioma, por favor llame al (608) 266-9909 ó al (800) 833-7813 WTRS (llamada gratuita).